

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRALES	MAZAMBA	MARGARITA VIRGINIA	07	10	1993	31 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313496307	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL BEJUCO y	099-806-1139 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313496307	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	01	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE APP: NEURALGIA DEL TRIGÉMINO CON AFECTACIÓN A RAMA OFTÁLMICA (HACE 2 MESES) TRATADA Y DIAGNOSTICADA EN EL HOSPITAL GENERAL CHONE POR NEUROLOGO, MEDICINA ACTUAL NO RECUERDA NOMBRE. CUADRO CLINICO DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO TIPO CORRIENTE EN REGION TEMPORAL Y ORBITAL, SENSIBILIDAD A LA LUZ, ENROJECIMIENTO DEL OJO ACOMPAÑADO DE DOLOR OCULAR Y RETROOCULAR, TRATADA EN CASA DURANTE ESE TIEMPO CON AINES SIN MEJORIA ALGUNA. ACUDE A NEUROLOGO HACE 20 DÍAS DONDE LE REALIZAN EL DIAGNÓSTICO Y TIENE QUE CONTINUAR CON SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NEURALGIA DEL TRIGEMINO CON AFECTACION EN RAMA OFTÁLMICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEURALGIA DEL TRIGEMINO	G500		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	11:18	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA